



ACP (アドバンス・ケア・プランニング)

## 「人生会議」とは

もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取り組みを「人生会議 (ACP: アドバンス・ケア・プランニング)」といいます。この話し合いは、あなたの信頼する人があなたの代わりに治療や生活について難しい決断をする場合に重要な助けになります。「わたしのもしもカード」を使って、信頼する人と話し合っておきましょう。

【もしもの時の連絡先は切り離してマイナンバーカードお薬手帳と一緒にしておき常時携帯しましょう】

この線から切りはなす

### かかわりのある医療

#### ① かかりつけ医

医院名 \_\_\_\_\_  
担当医 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

#### ② その他にかかっている医療機関

医院名 \_\_\_\_\_  
担当医 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

#### ③ かかりつけの薬局

薬局名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

#### ④ うおぬま・米ねっと (加入・未加入)

改訂 令和7年4月

### 介護関係者

#### ① ケアマネジャー

事業所名 \_\_\_\_\_  
担当者 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

#### ② 地域包括支援センター ※✓してください

- 十日町東地域包括支援センター
- 十日町中地域包括支援センター
- 十日町北地域包括支援センター
- 十日町南地域包括支援センター
- 十日町西地域包括支援センター

担当者 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

作成 妻有地域「わたしのもしもカード」策定委員会  
つまり医療介護連携センター(十日町市中魚沼医師会)

# 妻有地域 わたしのもしもカード

人生を最期まで自分らしく過ごすために  
伝えよう、あなたの思い



命の危険が迫った状態になると、約70%の方が医療やケアなどを自分で決めたり、望みを伝えたりすることができなくなると言われています。元気な時から、家族や大切な人と想いを共有しておきましょう。このカードをきっかけに、ご自身で、また家族や友人、大切な人と考え、繰り返し話し合ってみましょう。想いが変わった時は何度でも書き直してみましょう。



## 妻有地域 わたしのもしもカード もしもの時の連絡先



名 前 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
住 所 十日町市 \_\_\_\_\_  
電話番号 自宅 \_\_\_\_\_  
携帯 \_\_\_\_\_

### 緊急のとき連絡を取ってほしい人

(あなたとの関係)  
① 名 前 ( \_\_\_\_\_ )  
住 所 \_\_\_\_\_  
電話番号 自宅 \_\_\_\_\_  
携帯 \_\_\_\_\_  
(あなたとの関係)  
② 名 前 ( \_\_\_\_\_ )  
住 所 \_\_\_\_\_  
電話番号 自宅 \_\_\_\_\_  
携帯 \_\_\_\_\_

発行・お問い合わせ先  
十日町市地域ケア推進課 TEL 025-757-3511

# 元気なうちに考えよう、これからのこと

## 話し合いのポイント

### ① 元気なうちから

#### 家族・友人などと話し合おう

元気なときだからこそ、気楽に「もしものときの話」をしてみましょう。

もし重大な病気になったり、介護が必要になったりしたときはどう過ごしたいのか、日ごろから周囲の人と話し合っておきましょう。

### ② 体調に不安があるときは

#### 医療・介護関係者と話し合おう

自分の現在の健康状態や、今後の体調の見通しなどについては「かかりつけ医」など身近にいる医療・介護の専門家に相談すると良いでしょう。

専門家の意見をしっかり聞いて、自分が不安に思っていることを伝えてみましょう。



このカードは、ご本人の想いを伝えるものであり、普段から相談をするきっかけづくりを目的としています。

「もしも」のときの医療に対するあなたの考えは、時間の経過、心身の状態により変化しうるものです。決められないことがあっても良いのです。

このカードは、無理に考えたり、書くことを強制するものではありません

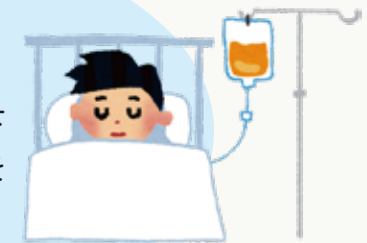


### ③ 口から食べられなくなったとき



#### 点滴

ボトルやパックを吊り下げて少量ずつ輸液剤を投与していきます



#### 経鼻栄養

鼻から胃までチューブを通して栄養剤を注入します



#### 胃ろう

おなかに小さな穴をあけてチューブをつなぐ道を造り、胃に直接、栄養剤や流動食を注入します



1 もしも、一人で外出や家事をすることが難しくなったり身の回りのことが自分で出来なくなったとしたらどこで過ごしたいですか？

あてはまる項目全てにチェック☑しましょう

- 自宅
- こども、兄弟姉妹などの家
- 老人ホームなどの施設
- 今はわからない
- その他 (具体的に: \_\_\_\_\_ )

手助けしてくれる人はいますか？

あてはまる項目にチェック☑しましょう

- 手助けしてくれる人はいない
  - 手助けしてくれる人はいる
- いる場合はどなたですか？

名前 (あなたとの関係) \_\_\_\_\_ ( )  
 \_\_\_\_\_ ( )  
 \_\_\_\_\_ ( )

2 もしも、生きることが出来る時間が限られているとしたら、あなたはどんなことを大切にしたいですか？

あてはまる項目全てにチェック☑しましょう

- 痛みや苦しみが少なく過ごせること
- できる限りの治療が受けられること
- 家族や友人と一緒に過ごせること
- 身の回りのことが自分でできること
- 好きなこと、やりたいことができること
- 家庭や仕事、地域での役割が続けられること
- ひとりの時間が保てること
- 家族の負担や迷惑にならないこと
- 自分や家族が経済的に困らないこと
- その他に想いがあれば書いてみましょう

3 もしも、あなたが口から食べられなくなったとしたら、点滴・経鼻栄養・胃ろうなどの処置を希望しますか？

- 必要であれば、できる限りやってほしい
- 口から食べられなくなる可能性があればやってほしい
- 栄養状態が悪くなくてもやってほしくない
- 今は考えたくない・考えられない
- わからない
- その他に想いがあれば書いてみましょう

4 もしも、治療や生活について自分の想いを伝えられなくなったとしたら、あなたの代わりにあなたの想いを伝えて話し合っほしい人は誰ですか？

名前 (あなたとの関係) \_\_\_\_\_ ( )  
 \_\_\_\_\_ ( )  
 \_\_\_\_\_ ( )

5 この用紙を使って話し合った人

名前 (あなたとの関係) \_\_\_\_\_ ( )  
 \_\_\_\_\_ ( )  
 \_\_\_\_\_ ( )

書いた日 年 月 日